

# LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES

**Raúl Fuillerat Alfonso**

*Facultad de Psicología. Universidad de la Habana*

## **Resumen**

Se hace un análisis acerca del empleo y ventajas de la orientación psicológica a partir de los resultados de la implementación de un Programa psico-educativo como tratamiento de la obesidad en adolescentes. El programa sustentado en las bases teóricas-psicológicas de la personalidad, de la dinámica del comportamiento y con el empleo de la educación alimentaria nutricional, la psicoterapia y la orientación psicológica, estas dos últimas de forma individual y grupal, con resultados satisfactorios en el orden antropométrico nutricional y en los cambios de estilos de vida, motivó un análisis acerca de la efectividad y necesidad de la inclusión de la orientación psicológica en este tipo de intervención clínica. Se plantean estrategias en cuanto a la orientación psicológica dentro de este tipo de tratamiento que incluye los cambios de estilos de vida en el adolescente obeso y los adultos cercanos a este.

**Palabras claves:** programa, intervención, impacto de programas.

## **Abstract**

*This study comprises about the application and potential advantages of Psychological Orientation based on the results of the implementation of an Educational and Psychological Program as part of the treatment for obesity in adolescents. The Program was based on theoretical areas: the psychological assessment of personality, behavioural dynamics and with the application of the Nutritional Alimentary Education program, the Psychotherapy and the Psychological Orientation. The last two were conducted individually and in groups. Because of the satisfactory results in anthropometric nutritional order and the changes in lifestyles, it required and analysis explaining the program's effective implementation and the need to include Psychological Orientation as part of clinical intervention. Several strategies related to Psychological Orientation inside as part of treatment are examined, including changes in life styles of obese adolescents and adults close to them.*

**Key words:** Program, Intervention, Impact of programs.

La obesidad considerada actualmente como una enfermedad y como un grave problema de salud por las implicaciones que puede tener en la aparición o agravamiento de muchas enfermedades crónicas no trasmisibles. Se presenta con mayor frecuencia en personas que fueron obesas o sobre peso en su infancia o adolescencia con una incidencia entre un veinte y un treinta por ciento en la población adulta comprendida entre veinte y setenta años, de un veinte a un treinta por ciento en mujeres a partir de los treinta y cinco años y de un 9,2% en la población infantil, siendo más frecuente en las niñas. De estos estudios se deriva la importancia de la prevención o del tratamiento de esta desde las más tempranas edades. (Capafons A., 1999; Romero VK., 2008).

En el determinismo de la obesidad coexisten factores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociales y ambientales, pero la causa básica está en el exceso de ingestión de alimentos, por ello, el comportamiento humano, el medio socio familiar, los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios y los estilos de vida, entre otras condicionantes, deben tenerse en cuenta en el momento de establecer programas de intervención con objetivos curativos, preventivos y de rehabilitación. (Kirschenbaum D., 1999; Arteaga H.P., 2008; Gracia E., 2008) Una gran variedad de tratamientos médicos, otros

psicológicos o ambos combinados se han ido creando para la reducción del sobrepeso, otros con un carácter más popular con pretensiones comerciales y sensacionalistas, pero en unos y otros la mayor dificultad se precisa en el no logro de la permanencia en el tratamiento, o el no mantenimiento de los logros obtenidos, sobre todo en lo referente a la disciplina del comer balanceado a partir del establecimiento de patrones alimentarios y de estilos de vida adecuados.

En un estudio desarrollado se conformó un programa educativo-psicoterapéutico dirigido a adolescentes diagnosticados con obesidad exógena, donde se conjugaron la educación alimentaria nutricional, la psicoterapia y la novedad de la inclusión de la orientación psicológica, no registrada como parte de un tratamiento de la obesidad en la bibliografía revisada y de esta experiencia, se comenta en este artículo.

Los tratamientos de la obesidad, generalmente se han centrado en cambiar los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios, eliminar el sedentarismo, y otros menos que se han ocupado de cambios en el orden psicológico y social, pero aún, continúan prevaleciendo los períodos de restricción alimentaria a través de dietas reductivas populares y sensacionalistas, grandes ayunos voluntarios, uso de fármacos e intervenciones quirúrgicas (Capafons A., 1999; Fuillerat R., 2008).

Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento, transgresiones de los planes de alimentación y como consecuencia del fracaso originado por el esfuerzo, entran en un círculo dieta-no dieta, en el que permanecen durante un tiempo, hasta que se sienten vencidos, produciéndose el fenómeno de rebote, con las consiguientes disfunciones fisiológicas y psicológicas, cambios bruscos en la dinámica de sus comportamientos, que vencen a las expectativas que tenía con el tratamiento, llevándolo a considerarse incapaz de ejercer el control necesario sobre su comportamiento y el medio ambiente, y no poder iniciar y/o mantener un régimen alimentario adecuado (Fuillerat R., 2008).

En la adolescencia, las relaciones y los eventos sociales, así como la integración al colectivo de iguales son actividades que rigen y caracterizan esta etapa evolutiva de la vida, donde las grandes contradicciones ocupan un espacio importante que puede determinar positiva o negativamente en el propio desarrollo del adolescente. El obeso adolescente no constituye una excepción, porque también termina por imbuirse en el "sentir social", llegando a verse como culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen y por ello, pueden esperar ser rechazados por sus compañeros de edad, incluso, mucho más que aquellos que puedan presentar un impedimento físico y motor, repercutiendo en una baja autoestima, además de limitarlo en las relaciones e integración al colectivo de iguales, unido a sus dificultades para lograr los mecanismos psicológicos necesarios para conseguir una correcta y saludable pérdida de peso, sobre todo, si tenemos en cuenta que estas discurren dentro de una etapa de complejos cambios como es la adolescencia. (Boshovich L., 1989).

El adolescente con obesidad generalmente presenta en la escuela comportamientos inadecuados que van desde la timidez hasta la indisciplina y alteración del orden así como rechazo escolar con el correspondiente retardo escolar y los trastornos de la conducta en el medio socio-familiar; lo cual se conjuga con un aislamiento muy característico en él; aunque no exclusivo, así como una falsa y desfavorable auto percepción de su propio cuerpo, una baja autoestima, auto engaño y rechazo a su imagen corporal obesa, entre muchas otras peculiaridades que interfieren en su integración al colectivo de iguales, aspecto que se tuvo en cuenta fundamentado en la necesidad de una intervención integral y efectiva no limitada solo al aspecto nutricional y que propicie cambios que la faciliten. (Fuillerat R., 2001 y 2008; Allison, K. C., Stunkard, A.J., 2010).

La imagen física de la obesidad no contribuye a una auto imagen corporal positiva causado por patrones establecidos social y culturalmente, además de las dificultades que implica en el orden del rendimiento y la agilidad para cualquier movimiento o habilidad, lo cual contribuye a los estados de ánimos y comportamientos ya citados que propician alteraciones en el orden psicológico y social, entre ellos, la no integración al colectivo de iguales, imprescindible en estas edades. A lo anterior se suma la complejidad en estas edades del proceso de formación de la personalidad, sobre todo, por las contradicciones que se producen en el orden físico, psíquico y social que repercute en el sistema de motivos y necesidades que originan comportamientos inadecuados que no le permiten el

establecimiento y mantenimiento del estado de salud (Boshovich L., 1989).

En este proceso de aplicación de la orientación psicológica se tuvo presente estas peculiaridades de la edad citadas con anterioridad, así como algunas referentes a los efectos pedagógicos que se producen por el tránsito del nivel primario al secundario de enseñanza, con los cambios significativos en la esfera escolar, desempeños independientes y más activos en las organizaciones estudiantiles que requieren de toma de decisiones, erigiéndose la vida escolar como una parte orgánica de su propia vida, y el colectivo escolar como el medio más cercano que comienza a influir y determinar directamente en el proceso de formación de su personalidad. Boshovich (1989) afirma que el motivo de estudio es un factor importante a la hora de encontrar un lugar en el seno del colectivo y añade cambios en la forma y estilo de vida del escolar (diferentes profesores, horarios libres y no sistemáticos, independencia, tomas de decisiones, valoración de su actuación y no existencia de un control tan estricto y exhaustivo como en primaria), además de la inclusión y adaptación a un nuevo colectivo integrado por adolescentes de otras aulas y escuelas, cambios de escuelas, vecindad etc.

Boshovich L. (1989) sugiere como el motivo de la conducta indisciplinada en el nivel de secundaria básica es no saber conquistar el lugar deseado en el colectivo, y entonces se acude a la falsa temeridad, tontería, etc. con el único objetivo de ganar la estimación de los compañeros ya que no pueden hacerlo mediante cualidades positivas. Hay ocasiones en que por el contrario se expresa, y se conduce de esa forma para contrariar al colectivo, deseos de demostrar su incorregibilidad, todo lo cual responde también a su incapacidad para encontrar un lugar entre sus compañeros y agrega la importancia que tiene para el adolescente ser buen alumno; lo que se percibe mediante estudios sobre autoconciencia y autovaloración, la connotación que adquiere la valoración que de él tengan los otros, la necesidad de evitar críticas de ellos, el miedo a ser rechazado, por lo que se halla expuesto a la influencia decisiva del grupo, e incluso, puede llegar a renunciar a sus convicciones con tal de ser aceptado por aquel.

La importancia del colectivo en la adolescencia también se refleja en el trato que se dispensa a los compañeros que se apartan de las ideas del grupo, los conflictos que se presentan cuando su opinión es diferente a la del grupo, y por el contrario, una gran satisfacción cuando coincide con el colectivo, la familia y los maestros. Se asegura que la estabilidad emocional del adolescente depende, íntegramente, de la aceptación y lugar ocupado en el colectivo, estudios desarrollados por Kolominsky (1988, citado por Boshovich 1989) muestran que los adolescentes dependen de las cualidades personales, y en especial de las psicológicas-morales, y que, en dependencia de su posición en el sistema de relaciones personales, experimentarán en el colectivo diferentes grados de "bienestar emocional".

En la adolescencia, la estimación de actos y cualidades que caracterizan el nivel moral de desarrollo de la personalidad, y que, en opinión suya, debe poseer el compañero son el valor, la tenacidad, rasgos de voluntad, y sentimientos de camaradería, y esto origina un nuevo sistema de exigencias y criterios de valoración, suficientemente independientes, que traspasan los límites de la actividad docente. Tsentsiper (1989), citado por Boshovich (1989) sugiere que la cualidad de mayor peso, que se diferencia de forma considerable del niño en edad escolar pequeña, es la de las relaciones camaraderiles entre los alumnos de una misma aula, así como los sentimientos morales y la ayuda mutua, a lo que se unen las investigaciones desarrolladas por Dragienova, Sobieva y Tsentsiper (1988), citada por Boshovich (1989) donde se registran diferencias halladas en la adolescencia, al compararla con la edad primaria o escolar pequeña donde predominan características que lo convierten en alumno modelo, resultando difícil otro tipo de valoración, en que desempeña un papel importante la estimación de actos y cualidades que caracterizan el nivel moral.

En la adolescencia, ya existe un colectivo mucho más maduro, con una experiencia acumulada de relaciones de grupos, exigencias morales más elevadas y una opinión social ya formada, que se va a tener muy en cuenta. El bienestar emocional se determina no por los padres y maestros, sino por la actitud y opinión del colectivo, por ello, algunos adolescentes con obesidad, lejos de padecer de intranquilidad y marcada indisciplinada, muestran contrariamente comportamientos tímidos y de una

limitación extrema, aunque ambos tipos conductuales responden al hecho inequívoco de que no han podido ocupar un lugar en el colectivo (Kirschenbaum D., 1996; Kumanyika S., 2005; Del Toro, A. B., 2011).

Otros factores que pueden influenciar en esta no integración al colectivo de iguales, es el concepto de imagen ideal, la presión familiar y social, la operatividad y características de la vida moderna, el cambio de concepciones acerca de la estética y la belleza, y en menor medida, la incidencia que pueden haber tenido en estos las campañas de educación para la salud no adecuadas o en exceso con relación al daño que puede producir la obesidad en el individuo y su estado de salud, aunque hay dos que resultan ser los que más se asocian a estas conductas, casi siempre patológicas, el primero, la lucha que se establece por el obeso contra la balanza en aras de alcanzar sus objetivos, y el otro, la presión que los demás pueden ejercer sobre él (Boshovich L., 1989; Fuillerat, R., 2008).

La pregunta planteada como centro de este artículo que se origina a partir de un estudio clínico fue: ¿Por qué la orientación psicológica puede ser necesaria dentro de un Programa de intervención psico-educativo como tratamiento de la obesidad?

A partir de estos fundamentos se consideró importante evaluar la efectividad de un Programa de intervención psico-educativo no limitado a la pérdida de peso, sino que pudiera determinar en la necesaria integración al colectivo de iguales, el rendimiento escolar y el funcionamiento familiar, y donde además de una educación activa a partir de los métodos de la educación popular, junto a las acciones de psicoterapia se incluyera, como elemento novedoso, la orientación psicológica, tanto individual como grupal, fundamentado en sus fuertes matices pedagógicos, con el objetivo de establecer una relación de ayuda entre el orientador y su cliente (Calviño, 2000; Fuillerat, 2008).

La orientación psicológica tiene un probado enfoque centrado en el desarrollo y prevención de problemas mentales severos a través de la educación y tratamiento a corto plazo, y que enfatiza en el crecimiento al igual que la remediación, en el despliegue que se puede desarrollar como disciplina de forma individual, en grupos, familias y sistemas cuando hay presencia de problemas tanto situacionales como de largo plazo, y precisamente, resultó de utilidad en la intervención propuesta no limitarlo al problema nutricional, sino al logro de cambios de comportamientos sustanciales que no solo contribuyeran a la mejor evolución antropométrica-nutricional, sino a la salud mental del adolescente y su entorno socio-familiar. (Calviño, 2000; Fuillerat, 2008).

Dentro del programa de intervención se precisaba de una herramienta que influyera en el establecimiento de niveles de autoestima, autoconfianza, sobre la base del autoconocimiento, un enfoque de una autonomía o independencia integradora, que incluiría un comportamiento o más bien una actitud y aptitud ante la enfermedad (obesidad), lo cual implica una aceptación del estado y de la necesidad de asumir el tratamiento dietético nutricional y no dietas reductivas, creando una posición para cambiar estilos de vida y la creación o confirmación si ya existían de valores, de disciplina, de estrategias en el proceso de integración al colectivo de iguales, y por último, la conformación de un grupo cohesionado dentro de los que intervienen dentro del programa educativo-psicoterapéutico propuesto, así como de la familia, la escuela, las áreas deportivas y los servicios de salud (Boshovich, L., 1989; Fuillerat, R., 2008).

Dentro de la estrategia desarrollada se tuvo en cuenta aspectos relacionados con la creación de proyectos de vida, con sus peculiaridades de moderadores y organizadores de la cotidianidad de cada persona, en fin, de los estilos de vida, en este caso, determinantes en el estado antropométrico-nutricional que se pretendió cambiar, así como en su integralidad como seres humanos. (Calviño, 2000; Fuillerat, 2008).

En los inicios de los tratamientos de la obesidad y hasta nuestros días han tenido preferentemente un sentido médico, integrándose de manera paulatina los aspectos psicológicos y sociales, conformándose en la actualidad tratamientos centrados en lo psicológico y social con resultados muy favorables, sobre todo, a partir del sentido salutogénico que se le ha venido dando en las Ciencias Médicas.

Los primeros en iniciar estos aportes fueron el psicoanálisis y el conductismo, que comienzan a valorar los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la obesidad. Esta introducción escalonada de la psicología fue dejando a un lado los grandes ayunos y dietas reductoras sensacionalistas, orientadas por indicaciones médicas, publicaciones comerciales o promovidas entre los obesos, o el ya citado uso indiscriminado de medicamentos, algunos de ellos, de corte comercial y sensacionalista, que puede incidir negativamente en el estado metabólico del individuo o los que acuden a intervenciones quirúrgicas (Bresh, S., 2009; Allison, K., 2010; Brody, J. 2011).

Los aportes de los psicoanalistas al problema de la obesidad es significativo porque ya se plantea la relación existente entre la obesidad y aspectos en el orden psicológico y social, se enuncia el concepto de trastorno de la alimentación como causa de una alteración psicógena, se brinda una clasificación de la obesidad sobre la base de los trastornos emocionales, y los primeros indicios de una hoy demostrada vinculación de los trastornos alimentarios, tanto por defecto como por exceso con el funcionamiento psicológico y social del individuo (Bruch, H., 1981; Brownell, K. D., 1992; Bresh, S., 2009).

En la década del 70, surge y se desarrolla la teoría de la regulación externa de la ingesta donde se especifica que los obesos, responden fundamentalmente a los estímulos externos que rodean la ingesta, a diferencia de los no obesos, en los que predominan, los estímulos internos, planteando también la teoría de la visibilidad o no de los alimentos, así como de las circunstancias que lo facilitan, aseverando que el obeso no conoce cuando tiene hambre y que cuando las condiciones de la ingesta son monótonas y poco interesantes o aburridas para él, puede comer mucho menos, confirmando que las señales externas relacionadas con el aprendizaje sobre alimentación y nutrición desempeñan una función decisiva en el inicio de la conducta alimentaria del obeso, otorgando la primacía a lo externo, y no tienen en cuenta su historia individual, planteando un sistema de señales aprendidas que se asocian a estados afectivos como es el sentimiento de soledad, el aburrimiento o la ansiedad provocada por múltiples situaciones (Nisbett, R.E., 1972; Saldaña, C., 2001; Stuart, R.B., 2009).

Hernán y colaboradores, (1980) fueron los primeros en plantear el factor genético como génesis de la obesidad al hablar de una masa adiposa, biológicamente preconditionada, que predispone a las personas a que desarrollen una obesidad y aunque estos, pueden no desarrollarla a través de una restricción de la ingesta, ante los requerimientos sociales; al final, van a responder ante los estímulos externos, igual que los obesos, aunque los estudios desarrollados por Gran y Clark (1976) aseveran que los niños cuyos padres son obesos, tienen muchas más probabilidades de serlo, que aquellos, cuyos padres son delgados, aunque es paradójico el hecho demostrado de que factores menos biológicamente orientados contribuyen al problema y cita como ejemplo las correlaciones significativas observables entre los pesos de esposos, entre el peso de los perros y sus dueños, y entre las medidas de obesidad de padres adoptivos y sus hijos, que corroboran la influencia del modo, estilo y calidad de vida, así como de los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios, las tradiciones culturales, tabúes y creencias, todo ello, al margen de las causas genéticas que pueden interactuar o no.

Fuillerat (2005, 2008) asevera que la forma en que la familia se alimenta, a través de los hábitos y actitudes alimentarios, más que de los conocimientos, es un determinante a considerar en el establecimiento de tratamientos contra la obesidad en cualquier edad y mucho más en el caso de los menores. Las condiciones educativas y sociales en última instancia son determinantes en el desarrollo del estado de obesidad o no, ya que la familia constituye la institución responsable de la organización del horario de vida de cada uno de sus miembros, donde se incluye el acto de la alimentación, por lo que la funcionalidad familiar es otro elemento a tener en cuenta en el programa propuesto con la integración de los adultos cercanos a los adolescentes al tratamiento, incluso el aspecto económico, social, cultural y de organización de la alimentación y de la nutrición sobre la base, de la accesibilidad, de la distribución de los recursos materiales y del aprovechamiento de estos últimos, entre ellos, los alimentos, limitados o no, que posea esa familia, que a su vez estará determinado directamente por los tabúes, tradiciones culturales, creencias e ideologías.

Uno de los aspectos que más afectan al adolescente obeso es el obstáculo que le propicia su exceso de peso, no solo físicamente sino en el orden psicológico y social, además de los conflictos típicos en estas edades con la imagen corporal y lo decisivo que resulta esta para la necesaria y anhelada integración al colectivo de iguales, lo que origina el uso frecuente de dietas reductoras, máxime cuando piensan que pueden alcanzar sus metas a través de métodos o vías rápidas o que consideran “mágicas” (Fuillerat, R., 2001,2008; Calviño, M., 2005).

Damián, A., y otros (1990) desarrollaron estudios relacionados con los patrones de alimentación de obesos y normo pesos, utilizando para ello la encuesta de ingestión de alimentos por registro y en los que se ha demostrado que no existe una diferencia significativa entre los patrones de consumo de alimentos entre obesos y normo pesos, ni que existe un patrón típico en el obeso, aunque si se ha observado en estos últimos una distribución calórica desbalanceada en cuanto a nutrientes, desproporcionada por frecuencia alimentaria; períodos de grandes ayunos, o ayunos diurnos con exceso de ingestas en las horas de la comida, exceso de alimentos calóricos y energéticos; pero no se observa un patrón único, típico o característico del obeso, se observa que la diferencia entre unos y otros es difusa y poco contundente, radicando el problema del obeso en el desconocimiento y por consecuencia, la no aplicación de una frecuencia alimentaria y de un balance energético adecuado, incluso, en ocasiones, el nivel energético no es tan alto, pero si desorganizado, desbalanceado y no responde a las frecuencias alimentarias adecuadas, patrón que no se ha observado en los normo pesos. Esto asevera que no se limita el problema a la falta de conocimientos sino que incluye los hábitos y actitudes, saberes, creencias y experiencias en cuanto al tema de la alimentación y la nutrición, no tanto en el adolescente con obesidad sino de la familia con que convive y realiza el acto de la alimentación diaria.

Hoy en día la psicología de la salud tiene entre sus objetivos identificar factores de riesgo que pueden potenciar la aparición de una u otra problemática de salud, así como a promover creencias y comportamientos que optimicen el funcionamiento y el bienestar de una persona. Las alteraciones psicológicas, y las dificultades en el comportamiento social que a su vez pueden engendrar trastornos psíquicos, no constituyen una excepción en los adolescentes con obesidad, aspecto que se tuvo en consideración en la conformación del programa de intervención aplicado (Fuillerat, R., 2005; 2008; Maslow, Abraham, H., 1998).

Se plantea que entre las acciones profesionales del psicólogo están las de ayuda personal (R.P.A.P.) que en su esencia es una ayuda individual o dentro de grupos conformados al efecto, o que ya se encuentran establecidos, a lograr cambios en lo personal, y en este caso, se pretende no solo lograr cambios en los adolescentes bajo tratamiento sino también en los familiares más cercanos a estos, sobre todo, por los cambios de estilos de vida, en el que la transformación de conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios son definitorios y que conllevan a cambios en lo psicológico y social, que puede, incluso, propiciar el estado nutricional en que se encuentra y de cómo lo está asumiendo, y finalmente, en la necesidad de orientarlo a como ha de ser su integración paulatina al colectivo de iguales (Fuillerat, 1987; Calviño, 2000).

En todo este proceso de integración al programa de intervención tanto el adolescente como el familiar se acercan convencidos de que los terapeutas son los máximos responsables y los únicos que pueden lograr el gran milagro de la pérdida del estado de obesidad, pero en realidad, no sucede así, y se hace necesario un proceso de convencimiento y de comprensión por parte de estos, de que se puede orientar y entrenar en cuanto a cambios de comportamientos, pero serán ellos los máximos responsables de ese cambio, no el programa, no los psicoterapeutas, ni los dietistas, ni nutricionistas, sino ellos propiamente, por lo que en este sentido, alcanzan relevancia los contratos conductuales dentro del programa, una forma de incentivarlos, y de propiciarle el inicio de una meta u objetivo a alcanzar y de que hagan consciente el deseo, la necesidad, la motivación suficiente para asumir el cambio que implica su enfermedad (Fuillerat, 1987; Calviño, 2000).

Cuando hablamos de cambios esperados con el programa de intervención psico-educativo, estamos hablando de cambios a partir de intervenciones de orientación, entre las que podemos citar, cambios

en cuanto a las representaciones que erróneamente se tiene por parte del paciente, los familiares y el entramado psicosocial en que se encuentra ubicado, en este caso, de rechazo a la imagen de la obesidad, que a su vez por esa influencia negativa, se puede autopercebir como una meta difícil de alcanzar llegando al límite de sentirse imposibilitado de lograr la pérdida de peso y de mantenerla, porque ha de ser un trastorno con el cual tendrá que convivir por el resto de su vida, que implica la integración de estilos de vida diferentes para toda la vida (Fuillerat, 1987; Calviño, 2000).

Uno de los aspectos que se observaron en la aplicación del programa fue la imposibilidad por parte del adolescente y de sus familiares de mantener una relación de ajuste entre sus exigencias y las condiciones de la vida, lo que propiciaba el surgimiento, confirmación si ya existían y reforzamiento en uno y otra situación de conflictos de aproximación-rechazo, con una divalencia mantenida que los llevó a estados depresivos ansiosos, algunos evolucionaron a estados neuróticos que tuvieron que ser vistos desde la individualidad de cada uno de los casos. La situación descrita se produce precisamente porque al inicio del programa no sabían como aprovechar al máximo sus capacidades, sobre todo por falta de concentración y distorsiones provocadas por las más disímiles causas, entre ellas, concepciones tradicionales sobre imagen física, tabúes y hábitos inadecuados de alimentación, estilos de vida no saludables, disfuncionalidad familiar y de otros colectivos a los cuales intentaba pertenecer, aspecto ya citado como prioritario en esta etapa de la vida (Boszovich, 1989; Calviño, 2000, 2005).

En ese estado ambivalente predomina una disminución ostensible de estados emocionales negativos y que siempre van a estar asociados a las representaciones negativas, desagradables y rechazadas, en este caso, de la imagen corporal del obeso, lo que propiciaba situaciones angustiosas, de ansiedad, de depresiones, por un sin número de peculiaridades ya señaladas que caracterizan esta etapa de la vida. Todo lo planteado en cuanto a los requerimientos para el logro del cambio físico no se puede aislar de lo psicológico, de lo social, y por ello, las acciones de orientación psicológica pueden contribuir a movilizar recursos personales necesarios para el proceso de adaptación a las nuevas circunstancias o estilo de vida que se exige en este caso (Calviño, 2000, 2005).

El programa propuesto, con objetivos de cambios de conocimientos, hábitos y actitudes, sobre todo en cuanto a la alimentación, el sedentarismo, funcionalidad familiar, y relaciones hogar escuela, implica una reorganización individual y en la familia, de ahí el gran reto de aprender nuevas formas de utilización de los recursos personales y materiales que posee, así como la creación de nuevas tácticas y comportamientos que necesitará en su cotidianidad, por lo que hablamos de grandes y cruciales cambios y en este sentido Watzlawick (1976, 1989) plantea dos tipos fundamentales de transformaciones, el del tipo 1 - C1, que son cambios al interno del sistema (el sistema como unidad final o integral no se modifica), y los cambios del tipo 2 - C2, que se refiere a cambios del sistema mismo. Al respecto señala Calviño (2000):“En ocasiones –dijo alguien– no basta con cambiar las piezas del juego. Hay que cambiar el juego mismo” (p. 5). En realidad aunque se persigue el cambio más probable, no tanto el que se quiere, debemos partir de lo que motiva el cambio, en este caso, la pérdida del estado de obesidad, y la necesidad de integrarse al colectivo de iguales, por todo lo que representa en estas edades (Fuillerat, 1987; Boszovich, 1989).

Fuillerat (2013) plantea la utilización de la orientación psicológica en cuanto a la relación que ha de establecerse, entre el profesional, el paciente, la familia, su grupo de iguales, pero fundamentalmente la relación que se establece con el cliente, y su grupo de pertenencia, y en el logro de la tríada hogar-escuela-servicios de salud.

Otro principio tenido en cuenta es el de la ayuda en las relaciones que ha de ser “ayudar” no suplantar, siempre ayudar pero con el súper objetivo de lograr independencia, toma de decisiones seguras y con adecuados niveles de auto confianza en las decisiones que se toman y al respecto señala Calviño (2000) que:

Ayudar es convocar, es promover la amplitud del análisis, llamar la atención sobre lo que el

demandante no esta percibiendo, acompañar en una indagación y en una experiencia emocional (que ha de tener un valor correctivo). Aún en aquellas relaciones profesionales de ayuda en las que se supone que el profesional aporta posibles “camino a seguir” (asesoría, consejería), el concepto de ayuda significa alternativas de respuesta, no una indicación de solución. Suplantar el lugar de la decisión, de la elaboración de la estrategia comportamental, es un acto de dudoso valor profesional y ético, cuyo impacto es, en el mejor de los casos de corto alcance (p. 5).

Otro elemento importante a tener en cuenta es que aunque esté actuando con grupos y otras de forma individual con el paciente o algún familiar que así lo requiera, se ayuda a las personas directamente, y de forma indirecta estamos ayudando al grupo, a la familia, a la escuela, a una organización, todo ello, con independencia de que las acciones de orientación requieren de esa ayuda de sujeto a sujeto, incluso cuando actuamos a nivel de grupo (Calviño, 2000).

Hay otro mecanismo que resulta definitorio y es la propia racionalidad que propicia como se va produciendo una integración satisfactoria o no a medida que avanza el programa, que responda a su vez a una evolución efectiva o no, no solo desde el punto de vista antropométrico-nutricional, sino de esa integralidad que se propone la intervención propuesta y es aquí donde es importante tener en cuenta las explicaciones que desde su subjetividad, desde su individualidad le motivan a integrarse al programa y a su vez de cómo lo va asumiendo, no solo él sino también los adultos involucrados. Entonces estamos hablando de los argumentos, que son precisamente los que fundamentan nuestras explicaciones personales, aquellas ideas, representaciones, enunciados que hacen veraz, cierta, para el sujeto una explicación y que son imprescindibles en la toma de decisiones, no solo en la decisión de integración al tratamiento, de la cooperación de la familia, sino de la decisión de asumir los necesarios cambios bruscos de estilos de vida (Calviño, 2000, 2005).

Estos argumentos que señala Calviño (2000, 2005), pueden lo mismo facilitar que entorpecer la toma de decisiones o resultar neutros, pero su esencia, su razón de ser estarán delimitados por sus saberes, que se centra en aquellos conocimientos que él adquiere sobre la base de los procesos de instrucción, de la influencia de sus referentes intelectuales y científicos y que sus límites estarán asociados al desarrollo del nivel real de instrucción del sujeto, y por sus capacidades de asimilación, reconocimiento, aprehensión, etc. en un momento determinado de su desarrollo.

Un segundo elemento que determina en las decisiones del humano, son sus creencias, que Calviño (2000), conceptualiza como ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa, añadiendo cómo cada ser humano tiene una autopercepción acerca de su realidad, de sí mismo y de los demás que convierte en sus creencias y de cómo a partir de estas creencias procederá en sus comportamientos. Estas creencias se conforman desde tres núcleos de determinación: sociohistórico o cultural, grupales y comunitarios particulares, individual –que incluye lo psicodinámico–, señalando por último las experiencias, que define como algo más que lo que le ha pasado al sujeto y que precisa como la intersección de sus saberes y creencias, convirtiéndolo a partir de sus propias vivencias como una realidad individual, *sui generis*, suya, una lectura personal, su realidad, en fin, de eso que denominamos o conceptualizamos, “su subjetividad”.

Entonces, se hace imprescindible en cada una de las intervenciones propuestas y desarrolladas tener en cuenta esa subjetividad, y la necesidad de una profundización sobre este modelo argumental, sobre todo, en la práctica de la orientación psicológica en toda su dimensión y efectividad (Calviño, 2000).

Calviño (2000, 2005) señala que la existencia de un argumento o de un conjunto argumental no determina el comportamiento y cita a Politzer cuando llamaba la atención sobre la imposibilidad de explicar todo el secreto de la determinación de la conducta desde la psicología, ya que el no era solo del orden de lo psicológico, de modo que el cambio esperado con el programa, no se limita a la sustitución de argumentos, o la elaboración de nuevos o alternativos argumentos, sino que se debe



partir siempre de la individualidad que hace que se muestren infinidad de reacciones de comportamientos, no solo entre los que conforman el grupo de pacientes, entre sus familiares, sino de forma individual en cada uno de ellos ante iguales o diferentes situaciones que se les presenten. En este sentido es donde la teoría de los argumentos resultó de gran utilidad y efectividad, sobre todo en esa máxima de la orientación psicológica, la determinación de lo que el sujeto puede o está a su alcance lograr.

Cuando se desarrolla la orientación se está produciendo un intercambio argumental entre orientador y orientado, donde el primero posee la ventaja de las herramientas que le permiten reconocer, diagnosticar, cuales son los obstáculos que ha de vencer ese orientado en este caso, en sus propósitos de obtener, no una pérdida de peso, sino los esperados cambios de estilos de vida que pueden llevar a la pérdida del estado de obesidad es decir, con estos hallazgos de sus argumentos, se contribuye a la reconsideración argumental del paciente y sus familiares, lo que indiscutiblemente, cuando se logra, ya estamos hablando de esos cambios que implican el proceso de curación y rehabilitación.

En toda esta problemática de los argumentos, no es menos cierto que existe una influencia de factores culturales y sociales que interactúan junto a los fisiológicos, genéticos y psicológicos. Así encontramos estudios que indican prejuicios manifestado con reacciones de rechazo hacia las personas con obesidad. Entre estos estudios encontramos los de Richardson (1961), Fuillerat (2001, 2004, 2005, 2008) y Capafons (1999), los cuales, a partir de pruebas de preferencias, láminas en que aparecía un niño obeso, eran colocadas en último lugar e incluso, detrás de un disminuido psíquico o físico, o en la experiencia de Fuillerat (2001) con figuras humanas y adjetivos positivos y negativos, atribuyendo los primeros a las figuras no obesas, y los segundos a las imágenes obesas. Meyers (2008), encontró que las personas atribuimos un carácter indulgente, perezoso y glotón a los obesos y por ello, es evidente como las personas con exceso de grasa se sienten rechazados o poco integrados en un contexto social, lo cual pone de manifiesto cómo el elemento social puede ser tan importante como otros factores psicológicos y biológicos a la hora de elaborar una estrategia de intervención.

Este factor social aumenta el nivel de culpabilidad del obeso y por ello provoca bajos niveles de auto estima que originan procesos de ansiedad y depresión que pueden derivar en estados neuróticos, que inciden en el proceso de asumir su estado físico, que sería el primer requisito para el éxito de cualquier tratamiento. A lo anterior, se une el de los mensajes dobles que se extraen de los medios de comunicación sociales, donde lo prohibido para el obeso (dulces, licores, comidas en general) se hace aún más tentador, así como también, lo inalcanzable (cuerpos esbeltos, bellos, atractivos), por ello, se hace más deseable, y a la vez, más imposible; lo cual, genera un sinnúmero de trastornos de la conducta y del comportamiento y aunque en los medios nuestros es casi nula la promoción de estos, si hay un efecto de la globalización que hace que estos lleguen por otras vías, como puede ser Internet o entre personas a través de intercambio de materiales audiovisuales, revistas o libros de "autoayuda" entre los propios adolescentes (Fuillerat, R., 2001; Allison, K., 2010).

Kirschenbaum (1996) plantea seis elementos del tratamiento de la obesidad que considera importantes y potencialmente más activos, la implicación activa de los padres, el incremento del ejercicio, el tratamiento intenso y prolongado, la modificación del estilo de alimentación, el uso de contratos conductuales y ciertas características del terapeuta. Por otra parte, Fuillerat (1998), plantea con respecto a la influencia de la familia, que aquellas que presentan conflictos tienden a la práctica de hábitos no adecuados de alimentación, sobre todo en lo referente a la organización del horario de vida y dentro de este, las frecuencias alimentarias con el balance energético adecuado, además de que el acto de la alimentación representa un papel central en la vida familiar, y no es sorprendente que los problemas en la familia vayan asociados con trastornos de la alimentación. Este análisis es aplicable al tratamiento de la obesidad infantil y del adolescente.

En los estudios de Kirschenbaum y otros (1996), y de Fuillerat (1998), las familias cuyo ambiente doméstico era caótico en el pre tratamiento, lo abandonaban con mayor probabilidad que las familias

menos caóticas. El adiestrar de forma paralela a los padres en habilidades para manejar a los niños y adolescentes y disminuir así los conflictos familiares, facilitó la reducción de peso en relación al tratamiento centrado exclusivamente en la pérdida de peso. Las familias con conflictos y problemas generalizados tienen dificultades para ayudar a sus hijos con obesidad a que reduzcan su peso, por lo que requieren de una educación y orientación nutricional y alimentaria, y de una organización del horario de vida de su hijo, así como de cada uno de sus miembros, por lo que precisan de orientación psicológica encaminada a cambiar las condiciones, los estilos, y la calidad de vida del contexto psicológico, social y familiar en que vive, crece y se desarrolla ese adolescente con obesidad (Fuillerat, R., 1990; Ares, P., 1999; Calviño, 2000).

La presencia de los grupos de los familiares cercanos al adolescente, no limitan la orientación solamente a la pérdida de peso, sino a toda la problemática que prevalece en la familia, demostrando cómo la solución del estado de obesidad del adolescente, depende de cambios de estilos y calidad de vida, la solución o adecuación de conflictos y problemas en la familia que repercuten en su funcionalidad, de ahí la necesidad de incluir técnicas que puedan ayudar a la familia a la modificación de estilos de alimentación, habituación al ejercicio físico y reorganización del horario de vida, incluyendo el de alimentación, el tiempo libre y todo lo relacionado con la cotidianidad del adolescente y de su familia, y en esto, es imprescindible la intervención de la orientación psicológica (Calvino, 2000, 2005).

Ares, P. (1999) plantea que existen un conjunto de problemas teóricos-metodológicos que pueden dificultar el estudio de la familia, entre ellos, la ausencia de un sistema teórico coherente que explique a partir de categorías psicológicas, la dinámica interpersonal de la familia y se origina un primer problema en el orden teórico-metodológico relacionado con el concepto de familia, quedando un tanto implícito y a juicio del investigador, ya que el concepto se puede ver desde diferentes enfoques, como puede ser el consanguíneo, el cohabitacional y el afectivo, desprendiéndose de estos, tres conceptos diferentes.

En la aplicación del programa se optó por el concepto basado en el elemento afectivo, lo que precisó la extensión de la intervención hacia todas las personas y lugares donde el adolescente habitualmente ingería alimentos o tenía un contacto directo con estos espacios con el consiguiente vínculo afectivo y la influencia educativa de estos sobre su formación integral, con independencia, de que es precisamente, el hogar en que cohabita con el resto de las personas, el centro de mayor atención (Ares, P., 1999; Fuillerat, R., 2008, 2013).

El problema metodológico principal se centró en lograr una correspondencia entre las propias regularidades internas de la familia, que caracterizan y determinan como grupo social pequeño, sus formas de funcionamiento y desarrollo, con el modo de vida familiar promovido por la sociedad en que están establecidas, desentrañando las contradicciones no antagónicas existentes y proponer recomendaciones metodológicas que representen una ayuda práctica para la educación familiar, lo que dificultó buscar variables que reflejarán la interrelación de lo general, lo particular y lo único en el proceso de interacción familiar y un tercer problema cuando se reconoce que el estudio de la familia presupone tomar en consideración el carácter evolutivo de ella, considerarla, no como una formación estática, sino como un grupo en constante proceso de transformación, lo que pone de manifiesto que no solo está condicionada por el tipo de sistema social imperante, sino que dentro de este, sus características varían de una etapa histórica a otra, además de cómo a nivel individual, las particularidades de los conflictos familiares, cambian de una familia a otra, y ello depende del estadio del ciclo de vida de sus integrantes (Ares, P., 1999; Fuillerat, R., 2004).

Arés, P. (1999) cuando esboza estos problemas metodológicos plantea algunas variables socio psicológicas, o modelo para la investigación del funcionamiento familiar; que permite ubicar la relación entre familia y sociedad, así como sus ínter influencias recíprocas, a los cuales denomina, indicadores funcionales y disfuncionales. En este estudio se tuvo en cuenta como variables, el grado de participación en la vida social, la distribución de las tareas domésticas, la estructura de la autoridad familiar, el desempeño funcional, la organización del horario de vida individual y familiar,

conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios, el uso del tiempo libre y el estilo y calidad de vida de la familia en general con el objetivo de propiciar cambios de comportamientos por el predominio psicológico existente que reclama estas modificaciones como base para el logro del estado de normo peso.

Kirschenbaum y otros (1996) plantean el elemento referido al incremento del ejercicio y a las contradicciones que se han debatido en cuanto a la inclusión o no del ejercicio físico en los tratamientos contra la obesidad, aseverando la necesidad de dirigir estas intervenciones en esta dirección, además del objetivo tradicional, de cambio en los patrones de alimentación y nutrición, aseverando que este incremento de ejercicios puede prevenir una adaptación metabólica a la dieta que interfiera una pérdida sostenida de peso, planteando que el ejercicio puede disminuir el apetito, pero emocionalmente puede incentivar a los cambios que se requieren en el tratamiento. A partir de esta experiencia, Fuillerat (2008) incluye la ejercitación, pero como parte de su recreación y aprovechamiento del tiempo libre.

Fuillerat (1987), desarrolló una terapéutica integral dirigida al niño con retardo y con retraso mental, en la que se demostró la importancia de la vinculación escuela, hogar y área de salud y estos resultados fueron aplicados en diferentes estudios dirigidos a la atención psicológica en otras alteraciones nutricionales, es entonces que se utiliza esta estrategia de vincular estrechamente estos elementos, añadiendo la asistencia voluntaria al área deportiva como vía de disfrute y ocupación del tiempo libre, no para la pérdida de peso (Fuillerat, R., 1987, 2004, 2008).

Con relación a la intensidad y prolongación del tratamiento, Fuillerat (2004, 2008) ha corroborado el estado nutricional y el mantenimiento del estilo de vida a los tres años de finalizar el tratamiento con una duración entre doce y dieciocho meses, con resultados satisfactorios, independientemente de las individualidades de cada paciente y familia que puede acortar o prolongar el tiempo de tratamiento. No existe un estudio que pueda argumentar y asegurar el tiempo e intensidad del tratamiento, así como la frecuencia de encuentros con el paciente, por lo que se establecieron estrategias individuales y grupales a partir de los requerimientos y peculiaridades de cada caso y de cada grupo de estudio (Fuillerat, 2008, 2013).

La modificación del estilo de alimentación estuvo centrada en la educación alimentaria y nutricional, y como elemento práctico, la modificación de conductas y aplicación de esos conocimientos sobre la base del aprovechamiento en nutrientes de los recursos alimentarios –limitados o no– que poseían en realidad y de la promoción del auto registro de la ingesta alimentaria, que fue una vía muy efectiva en la modificación de los hábitos alimentarios y que fue propiciando el establecimiento de una ingestión balanceada de los alimentos, todo ello, al margen de las causas genéticas que pueden o no, estar incidiendo. En este sentido se provocó la competencia de los pacientes y los familiares cercanos como protagonistas del programa aplicado, fundamentado en el modelo de competencia y en la orientación psicológica, hacer lo que en realidad este puede hacer (Calviño, 2005; Costa, M., 2009).

Los contratos conductuales estuvieron centrados en los cambios de estilos de vida y no en la pérdida de peso, recibiendo a través de estos estimulaciones, en la misma medida en que se cumplían los objetivos y metas trazados, además de crearse grupos conexionados y dinámicos, donde aumentó la interacción y la afectividad entre sus miembros a partir de la creación de un sistema de estimulación acorde a la edad y a los intereses de esta etapa evolutiva, entre ellos, el reconocimiento moral, la crítica y la autocrítica en función de los compromisos que iban contrayendo y que aumentaban en la misma medida que el programa fue avanzando y que las exigencias fueron mayores, creándose un sistema de motivación, con objetivos competitivos o no, pero sobre la base de las condiciones reales en que se desarrolla ese obeso, tanto en el marco de los servicios, como de la escuela, el lugar donde vive y por supuesto, la familia (Kirschenbaum, D., 1996).

Con los argumentos expuestos, y reforzado con los resultados que obtiene Fuillerat (2013) (en prensa), con el empleo de la orientación psicológica, con una evolución nutricional satisfactoria en el cien por ciento de la muestra, además de los resultados significativos en cuanto a la integración al colectivo de iguales, los deseos y actividades favoritas con un sentido colectivista y el aumento del

rendimiento escolar así como un discreto mejoramiento de la funcionalidad familiar, con una efectiva adhesión y mantenimiento a los cambios de estilos de vida y de conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios, se sugirió continuar perfeccionando la aplicación de la orientación psicológica en estos programas, no solo en el orden curativo, sino en la prevención y la rehabilitación.

## Bibliografía

- Ares, P. (1999). *Algunos problemas metodológicos en investigaciones sobre familia*. La Habana: Científico Técnica.
- Boshovich, L. (1989): *Estudio de las motivaciones de la conducta de los niños y adolescentes*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bresh, S. (2009). "La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2009, oct.-dic., 35 (4) Bogotá.
- Bruch, H. (1981) Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 212-216.
- Calviño, M., Mora, V. (1988). "Lenguaje y diagnóstico de la personalidad", *II Encuentro latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis*, vol. 3.
- Calviño, M., (2000). *Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Científico Técnica.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Análisis de la Dinámica del Comportamiento humano*. La Habana: Félix Varela.
- Capafons, A. (1999). *Tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. (2009). *Modelo de competencia en salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Damiani, A, Fuillerat, R. (1992). *Estudio de tres modelos de tratamientos contra la obesidad en la edad infanto juvenil. Resultados quinquenio 1985 -1990*. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
- Fuillerat, R. (1985). *Estudio de los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios en poblaciones urbanas y rurales. Resultados quinquenio 1985 -1990*. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
- \_\_\_\_\_. (1987). "El psicólogo de la salud en el tratamiento de la obesidad Infantil", *Boletín de Psicología*, La Habana, vol. XI, no. 2, abril-junio.
- \_\_\_\_\_. (1987). "Retardo escolar: una terapéutica integral", *Boletín de Psicología*, Hospital Psiquiátrico de la Habana, vol. IV.
- \_\_\_\_\_. (1996). *Psicodietética: Una experiencia, una opción. Temas de Psicología*, La Habana: Científico Técnica.
- \_\_\_\_\_. (2001). "Autopercepción y valoración de la imagen corporal en un grupo de adolescentes con obesidad exógena". *Revista Nutrición Hospitalaria*, vol. 19, no. 11/12, España.
- \_\_\_\_\_. (2004). "Tratamiento psicológico y educativo del adolescente con obesidad exógena". *Revista Nutrición Hospitalaria*, vol. 19, no. 11/12, España.
- \_\_\_\_\_. (2005). "Psicología y nutrición infanto-juvenil". En *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*, Universidad de Guadalajara.
- \_\_\_\_\_. (2008). "Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto juvenil", *Revista Española de Nutrición Hospitalaria*, vol. 19, no. 11/12. Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición enteral y parenteral. 2008.
- \_\_\_\_\_. "Tratamiento Psico-educativo en adolescentes con obesidad". Tesis presentada para obtener el título de Máster en Psicología Clínica. (Pendiente su defensa) año 2013.
- González, F. (1998). *Psicología: Principios y métodos*. La Habana: Ciencias Sociales.
- Guzmán, D., Díaz Guzmán M.T. (2008). Obesidad y autoestima. - *Enfermería Global- revistas. um. es*
- Kirschenbaum, D. y otros (1999). *Tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
- \_\_\_\_\_. (1996). "Obesity". En *Britania International Enciclopedia*. Chicago: Britania Centre.
- Martín, I. C. (1976). "Encuestas Dietéticas". *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*; 11(2):137-8
- Miranda Herrera, J., Medina Torres, A. (2012). Dinámica familiar y recursos psicológicos en familias con y sin obesidad: Estudio comparativo. - 2012 – biblioteca virtual. dgb. umich.mx. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx>. Consultado en septiembre, 2012.
- Pineda, S. y otros (2009). "La obesidad infantil y del adolescente: un problema pediátrico y un desafío para la prevención". *Revista Cubana de Pediatría*, 81 (suo): 102-7.
- Saldaña, C. (2008). *Obesidad*. Biblioteca psicología, psiquiatría y salud. Serie Salud 2001. Barcelona: Martínez Roca.
- Schachter, S. (2008). "Some extraordinary facts about obese humans". *American Psychologist*. 26 129-144.
- Sotolongo, P.L., (2007)- *Teoría social y vida cotidiana.- La sociedad como sistema dinámico complejo*, Instituto de Filosofía, La Habana: Acuario.
- Torró, M.I (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. - *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2011 - aepcp.net
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. 4ta. ed. Barcelona: Herder.